

1. Einleitung

Seit dem Jahr 1989 siedelten rund 2,8 Millionen (Spät-) Aussiedler¹ nach Deutschland um. Obwohl vielen eine Integration gelingt, ist es dennoch unzweifelhaft, dass die Migrationserfahrung für die Betroffenen häufig eine große Belastung darstellt. Ob diese Belastung das Risiko, an einer Abhängigkeitserkrankung zu erkranken, erhöht ist nicht erwiesen; es ist jedoch sicher, dass Suchtprobleme nicht vor bestimmten Bevölkerungsgruppen Halt machen (Penka 2004: 15). Vielmehr kennen Suchtgefährdung und –erkrankung „*keine nationalen Grenzen oder ethnische Ausnahmen (...)*“ (v. Bose. 2001: 7).

Genau Zahlen zum Ausmaß von Suchtmittelkonsum und –abhängigkeit bei Migrantinnen und Migranten² gibt es für die Bundesrepublik Deutschland nicht (Boos-Nünning 2002: 10). Schwierigkeiten bereitet darüber hinaus der Umstand, dass Aussiedler³ - die zweifelsohne als Migranten zu bezeichnen sind - keine Ausländer, sondern Deutsche sind und folglich äußerst selten als gesonderte Gruppe im empirischen Datenmaterial geführt werden (Czycholl 2002). Vorhanden sind allerdings Schätzwerte, welche die Abhängigkeitsquote der bundesdeutschen Gesamtbevölkerung auf die Bevölkerungsgruppe der Aussiedler übertragen. So folgert Braun (2001: 60), dass sich – ausgehend von einer Quote von 3-5% behandlungsbedürftiger Abhängigkeitskranker in der bundesdeutschen Gesamtbevölkerung – für die Gruppe der 2,8 Millionen seit 1989 zugewanderten Aussiedler eine Zahl von 84.000 – 140.000 behandlungsbedürftiger suchtkranker Aussiedler ergibt (vgl. auch Czycholl 1998b: 44).

Das Thema Migration und Sucht ist erst in den letzten Jahren in den Blickpunkt der Öffentlichkeit gerückt. Lange Zeit hatte es zwar Vorstellungen von „*ausländischen Dealern und*

¹ Stand: erstes Halbjahr 2004 (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge 2004; Bundesministerium des Inneren 2003) Die Termini „Aussiedler“ und „Spätaussiedler“ werden in der Literatur undifferenziert gebraucht. Das Bundesvertriebenengesetz definiert die Begriffe wie folgt: „*Aussiedler sind deutsche Staatsangehörige oder Volkszugehörige, die vor dem 8. Mai 1945 ihren Wohnsitz in den ehemaligen deutschen Ostgebieten (...) hatten und diese Länder nach Abschluss der allgemeinen Vertreibungsmaßnahmen vor dem 1. Juli 1990 oder danach im Wege des Aufnahmeverfahrens bis zum 31. Dezember 1992 verlassen haben (§1 Abs.2 Nr.3 BVFG). Spätaussiedler sind in der Regel deutsche Volkszugehörige, die die Aussiedlungsgebiete nach dem 31. Dezember 1992 im Wege des Aufnahmeverfahrens verlassen haben und innerhalb von sechs Monaten ihren ständigen Aufenthalt im Geltungsbereich des Gesetzes genommen haben“ (§4 BVFG). In der vorliegenden Arbeit wird der besseren Lesbar- und Verständlichkeit halber durchgängig der Begriff „Aussiedler“ verwendet.*

² Laut Migrationsbericht 2004 (S. 8) des Bundesministeriums des Inneren spricht man von Migration, wenn „*eine Person ihren Lebensmittelpunkt über eine sozial bedeutsame Entfernung verlegt (...)*.“ Wenn nicht anders vermerkt, soll diese Definition in der vorliegenden Arbeit den verwendeten Begriffen Migration, Migrant, Migrantin etc. zugrunde gelegt werden.

³ In der vorliegenden Arbeit werden der Einfachheit halber Begriffe wie Aussiedler, Migranten, etc. weitgehend in der maskulinen Form verwendet, wobei Frauen ebenso mit einbegriffen sind.

von (...) *Drogenkriminalität*“ in der Öffentlichkeit gegeben, die Änderung des Blickwinkels hin zum hilfebedürftigen Abhängigkeitskranken ging dagegen erst Mitte der 90er Jahre vorstatten (Boos-Nünning 2002: 11; Salman 1999: 11). Obwohl das Problembewusstsein steigt, sind dennoch viele Suchthilfeeinrichtungen nicht auf die Bedürfnisse von Migranten ausgerichtet und werden von ihnen häufig gar nicht erst wahrgenommen (Salman 1999: 12; Salman und Collatz 1999: 129; Gaitanides 1998: 62f; Haasen et al. 2001a, 2001b; Czycholl 1999, 2002; Barth 2002; Bauer 1996: 58).

Viele Zugangsbarrieren auf Seiten der Migranten gilt es zu überwinden, wie das Misstrauen gegenüber Behörden, die Angst vor juristischen Konsequenzen, Sprachbarrieren und vielfältige kulturelle Barrieren (Czycholl: 2002; Penka 2004; Barth 2002; Gaitanides 1998: 63ff; Collatz 2001; Grüsser und Becker 1999; Grüsser et al. 2005; Hunner et al. 2001; Herrmann und Schwantes 2002: 105f, 138). Dennoch sollte das Problem der Zugangsbarrieren nicht als allein von den Migranten ausgehend betrachtet werden, denn auch von Seiten der Mitarbeiter bestehen Zugangsbarrieren zu den Migranten, wie unter anderem die Befürchtung von Mehrarbeit oder die Wirkung unbewusster Vorurteile (Gaitanides 1998: 63ff). Auch wenn diese Zugangsbarrieren von den Betroffenen überwunden wurden, stehen sowohl Patienten bzw. Klienten als auch therapeutisches Personal vielen Schwierigkeiten gegenüber. Soziokulturelle Unterschiede führen zu Kommunikationsproblemen: Die Anliegen, Umgangs- und Ausdrucksformen von Patientinnen und Patienten aus anderen Kulturen können vielfach nicht adäquat eingeschätzt werden. Das Erleben und Verhalten ist anders als gewohnt und die Erwartungen an Hilfe und Unterstützung können erheblich differieren (Hegemann und Salman 2001: 15). Denn die Vorstellungen über Entstehungsbedingungen, Symptome, Pathophysiologie, erwartete Verläufe und anerkannte Behandlungsmöglichkeiten bilden nach einem Konzept von Arthur Kleinman (1980) das „Erklärungsmodell“ einer Krankheit. Dieses zeigt wichtige Unterschiede bei Menschen aus verschiedenen gesellschaftlichen Gruppierungen und Kulturen (Kleinman 1980; Penka 2004; Krieg et al. 2002).

Wenn das Erklärungsmodell einer Krankheit, in diesem Fall einer Abhängigkeitserkrankung, von einem Patienten aus der ehemaligen Sowjetunion und z.B. einem westlich orientierten Arzt aufeinander treffen, kann es zu Missverständnissen und Konflikten kommen. Möglicherweise fühlt der Patient sich unverstanden und schlecht behandelt, während der Arzt den Patienten als uneinsichtig und unkooperativ empfindet. Ein von der Mehrheitsgesellschaft abweichendes Erklärungsmodell für eine Krankheit stellt außerdem auch eine Zugangsbarriere zum

Suchthilfesystem dar, da bei dem Betroffenen beispielsweise der Eindruck entstehen kann, dieses nicht zu benötigen oder dort nur auf Unverständnis zu stoßen (Hunner et al. 2001; Penka et al. 2003; Penka 2004; Krieg et al. 2002). Die vorliegende Arbeit soll dazu beitragen, Erklärungsmodelle für Abhängigkeitserkrankungen, insbesondere Alkoholabhängigkeit, von einheimischen Deutschen⁴ und Aussiedlern zu erforschen. Ein spezielles Augenmerk wird dabei auf die Auswirkungen der unterschiedlichen Erklärungsmodelle im therapeutischen Alltag und ihre Rolle als Zugangsbarriere zu Suchthilfeangeboten gerichtet.

Nach einem kurzen einleitenden Überblick über Transkulturelle Psychiatrie folgt ein Kapitel über die Migration der Aussiedler nach Deutschland sowie ein Überblick über den Stand der Forschung bezüglich der Suchtproblematik bei Aussiedlern und der Zugangsbarrieren des Suchthilfesystems für Migranten; anschließend wird das Konzept der Erklärungsmodelle von A. Kleinman (1980) vorgestellt. Die Einleitung abschließend wird die Rolle der Psychiatrie in der sowjetischen Gesellschaft aufgezeigt, bevor in den darauf folgenden Kapiteln die eigene Untersuchung im Mittelpunkt der Betrachtung steht.

1.1 Transkulturelle Psychiatrie

Das Fachgebiet der Transkulturellen Psychiatrie kann in Deutschland auf eine lange Geschichte zurückblicken. Zu Beginn des 20. Jahrhunderts und in den darauf folgenden Jahrzehnten stand die Beobachtung des „Exotischen Fremden“ und vermeintlich „Primitiven“ in den verschiedensten Teilen der Welt im Vordergrund (Heinz und Krieg 2003; Heise et al. 2001). Bereits 1904 berichtete Kraepelin von seinen Studien bezüglich der „Geisteskrankheiten“ in Indonesien (Kraepelin 1904) und konzipierte als neue wissenschaftliche Disziplin die „Vergleichende Psychiatrie“. Wittkower führte Mitte des Jahrhunderts den Begriff Transkulturelle Psychiatrie ein (Jilek 2001). Nach Wittkower und Rin (1965) stellt die Transkulturelle Psychiatrie den Zweig der Sozialpsychiatrie dar, der sich mit dem kulturellen Aspekt der Entstehung, Häufigkeit, Form und Therapie der psychischen Störungen in verschiedenen Kulturen befasst.

Im Laufe der letzten Jahrzehnte entwickelte sich die Transkulturelle Psychiatrie weg von der Betrachtung exotischer Völker und dort anzutreffenden Krankheitssymptomen und überarbeitete ihre Prioritäten. Dies geschah insbesondere im Zuge der fortschreitenden Globalisierung und

⁴ Als „einheimische Deutsche“ werden in dieser Arbeit deutsche Staatsbürger ohne Migrationshintergrund bezeichnet, im Vergleich zu Aussiedlern, die gleichzeitig deutsche Staatsbürger und Migranten sind.

Urbanisierung, die das „Fremde“ häufig nicht länger „fremd“ sein ließen. Nicht zuletzt stellt die adäquate Betreuung der stetig ansteigenden Anzahl von traumatisierten Flüchtlingen aus Krisengebieten für ganz Europa eine Herausforderung dar (Weiss und Yilmaz 2001; d’Ardenne et al. 2005; Priebe et al. 2004; Heise et al. 2001; Heinz und Krieg 2003). Schwerpunkt war nun, die jeweiligen kulturellen Einflüsse auf die Ausprägung, den Verlauf und die Heilung psychischer Krankheiten zu untersuchen. Ein besonderes Interesse gilt hierbei unterschiedlichen Erklärungsmodellen (s. Kapitel 1.5) für psychische Erkrankungen, die den Umgang mit Erleben, Verlauf und Behandlung solch einer Krankheit bestimmen (Kleinman 1980; Heinz und Krieg 2003; Marsella und Yamada 2000).

Insbesondere da heute die gesundheitliche Versorgung der in Deutschland lebenden Migranten zum therapeutischen Alltag gehört und der sachkundigen transkulturellen Kompetenz bedarf, gewinnt das Thema an praktischer Relevanz (Heinz und Krieg 2003; Heise et al. 2001). Dass die bei psychischen Erkrankungen mitwirkenden kulturellen Faktoren zunehmend Beachtung finden lässt sich auch an der Aufnahme eines Kapitels zu kultur-gebundenen Syndromen in das *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV)* ablesen (American Psychiatric Association 1994, Marsella und Yamada 2000). In diesem Kapitel wird unter der Überschrift *Outline for Cultural Formulation and Glossary of Culture – Bound Syndromes* explizit auf die Bedeutsamkeit des ethnischen und kulturellen Hintergrunds für die Diagnosefindung im Rahmen des DSM-IV hingewiesen. Auch die American Psychiatric Association (1994: 895) betont „ (...) *the role of the cultural context in the expression and evaluation of symptoms and dysfunction, and the effect that cultural differences may have on the relationship between the individual and the clinician*“.

Die Beschäftigung der Psychiatrie mit transkulturellen Aspekten stellt allerdings nicht nur für die betroffenen Migranten einen Fortschritt dar, sondern auch für die in den Heilberufen tätigen Professionellen. So formuliert Machleidt (2001: 12) folgenden Gesichtspunkt: „*Das ‘Fremde’, das aus anderen Kulturen bei uns auf Gehör stößt, wird unsere in europäischer Tradition entstandenen Therapieformen verändern und uns innovative Impulse vermitteln können. So wird Therapie im transkulturellen Zusammenhang zu einer spannenden und innovativen Begegnung – für uns.*“

1.2 Migration der Aussiedler nach Deutschland

Von 1989 bis 2003 immigrierten im Zuge der Umstrukturierung der ehemaligen Sowjetunion und des Ostblocks knapp 2,8 Millionen Aussiedler nach Deutschland (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge 2004; Bundesministerium des Inneren 2003). Verändert hat sich im Laufe der Zeit die Zusammensetzung des Aussiedlerzuzugs nach Herkunftsländern⁵. Ende der achtziger Jahre kam die Mehrheit der Aussiedler aus Polen, eine Vielzahl aus Rumänien. Mit Beginn der neunziger Jahre vollzog sich ein Wechsel in der Zusammensetzung der Aussiedler nach Herkunftsländern, immer weniger kamen aus Polen oder Rumänien, der Anteil der Aussiedler aus den Ländern der ehemaligen Sowjetunion stieg dagegen stetig an. Mittlerweile „kann (...) man sogar sagen, dass die Spätaussiedlergruppe fast ausschließlich aus Staatsangehörigen der ehemaligen Sowjetunion besteht: Im Jahr 2003 kamen über 99 Prozent aller Spätaussiedler von dort“ (Bundesministerium des Inneren 2004: 28).

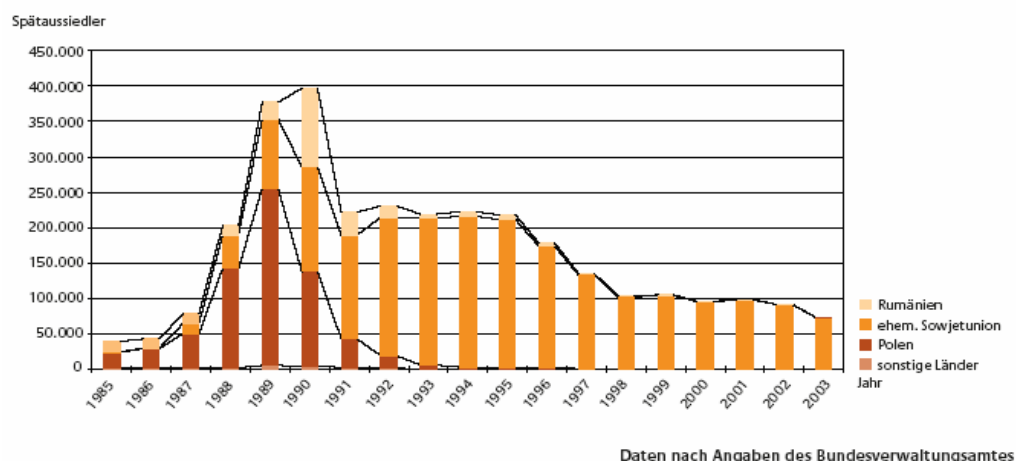
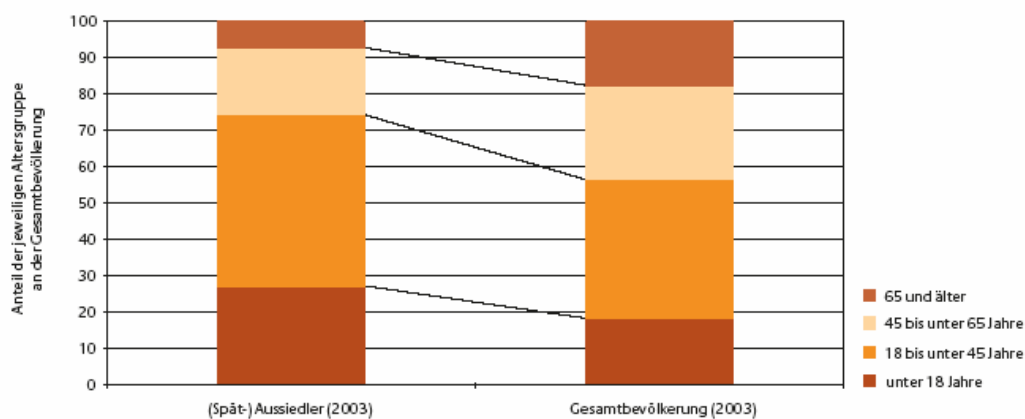


Abbildung 1: Zuzug der Spätaussiedler nach Herkunftsländern seit 1985

Der Zuzug der Aussiedler übt einen verjüngenden Effekt auf die Altersstruktur der Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland aus (s. Abb. 2).

⁵ Im Jahr 1990 stammten 133.872 Aussiedler aus Polen und 111.150 aus Rumänien, während im Jahr 2004 lediglich 278 Aussiedler aus Polen und 76 Aussiedler aus Rumänien einreisten. 2004 stellten Aussiedler aus der ehemaligen Sowjetunion mit 58.728 Personen wie in den Jahren zuvor die zahlenmäßig stärkste Gruppe dar (Bundesministerium des Inneren 2003; Bundesverwaltungsamt 2004).



Daten nach Angaben des Bundesverwaltungsamtes

Abbildung 2: Altersverteilung der Spätaussiedler im Vergleich zur Gesamtbevölkerung 2003

Bei Betrachtung dieser statistischen Angaben sei allerdings auf die Binsenwahrheit hingewiesen, dass Aussiedler wahrlich „keine homogene Gruppe, sondern (...) (unterschiedlich) in vielerlei Hinsicht“ (Bundeszentrale für politische Bildung 2000: 20) sind. Faktoren wie Persönlichkeitsmerkmale, Erfahrungen, Herkunft aus ländlichem oder städtischen Gebiet, Religionszugehörigkeit, Schulbildung, Beruf etc. können an dieser Stelle nicht zureichend beschrieben werden. Dennoch sollte ihre Vielfältigkeit im Hinterkopf behalten werden, wenn – in gewisser Weise pauschalisierend – von „den Aussiedlern“ geredet wird.

Obwohl die Anzahl der Aussiedler und ihrer mit nach Deutschland eingereisten Angehörigen im Jahr 2004 erneut, wie schon in den vergangenen Jahren, drastisch gesunken ist (59.093 gegenüber dem Höhepunkt der Zuwanderung 1990 mit 397.073), bleibt das Problem der schwierigen Integration und damit auch der mangelnden psychosozialen Betreuung bestehen (Bundesministerium des Inneren 2004; Bundesverwaltungsamt 2004; Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2002; Beauftragter der Bundesregierung für Aussiedlerfragen und nationale Minderheiten 2003).

1.3 Aussiedler als Betroffene einer erhöhten Suchtproblematik

Wie oben erwähnt häufen sich die Stimmen, die auf eine erhöhte Suchtproblematik in der Bevölkerungsgruppe der Aussiedler hinweisen. So betonte beispielsweise im Jahr 2000 die Drogenbeauftragte der Bundesrepublik Deutschland in ihrem Sucht- und Drogenbericht, dass es deutliche Hinweise für eine Zunahme des besonders riskanten Mischkonsums von Alkohol und

Opiaten in bestimmten Gruppen von sozial und kulturell kaum integrierten jungen Aussiedlern gibt (2000: 8). Im sechsten Familienbericht des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2000: 198) wird hervorgehoben, dass Alkoholprobleme bei den männlichen jugendlichen Aussiedlern und Tablettenmissbrauch bei den weiblichen keine Seltenheit darstellen.

Empirisches Datenmaterial zum Thema Sucht und Migranten, insbesondere Aussiedler, ist, wie zuvor erwähnt, rar. Eine der wenigen Möglichkeiten der Annäherung an eine Quantifizierung der Suchtproblematik bieten die Statistiken über Todesfälle in Folge von Opiatkonsum. Im Drogen- und Suchtbericht 2004 der Bundesregierung wurde darauf aufmerksam gemacht, dass laut einer Statistik des Bundeskriminalamts über Todesfälle in Folge von Opiatkonsum im 1.-3. Quartal 2003 die Zahl der Aussiedler unter den Drogentoten um 25,3% anstieg, während die Zahl der Drogentoten insgesamt um 6,2% sank (Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2004: 65). Eine ähnliche Tendenz zeigte sich auch in einer in Nürnberg durchgeführten Studie. Obwohl dort im Jahr 2002 in der Altersgruppe von 10 bis 30 Jahren lediglich 4,4% aus der ehemaligen Sowjetunion zugezogen waren, befanden sich unter den 34 Todesopfern in Zusammenhang mit Drogenkonsum in dem betreffenden Jahr 12 Todesopfer aus der genannten Bevölkerungsgruppe, was einem Anteil von 35% entspricht (Mielenz 2002).

Auch wenn man dem Indikator „Zahl der so genannten Drogentoten“ kritisch gegenüber stehen mag, muss er dennoch als deutliches Alarmsignal betrachtet werden, insbesondere wenn man davon ausgeht, dass er „nur die Spitze des Eisbergs“ darstellt, „der „Drogen, Sucht und Migration“ heißt und aus Drogen und Alkohol und aus vielen anderen Problemursachen und Problemfolgen besteht (...)“ (Mielenz 2002: 9).

Ob die Gruppe der Aussiedler ebenso wie einheimische Deutsche von Suchtproblemen betroffen oder gar in besonderem Maße gefährdet ist, wird in der Fachliteratur immer noch diskutiert. Boos-Nünning (2002: 19f) verweist auf Schwierigkeiten bei dem Versuch, verlässliches Datenmaterial zum Suchtverhalten, Suchtmittelkonsum und zu Abhängigkeitserkrankungen von Migrantinnen und Migranten zu sammeln, „da einerseits keine bundesweite repräsentative Erhebung vorliegt, es sich andererseits aber um ein Thema handelt, welches sich nicht ohne weiteres untersuchen lässt, weil es sich zwischen gesellschaftlichen Stigmata und Tabus sowie gesetzlicher Ahndung bewegt“. Zudem sei noch einmal erwähnt, dass sich insbesondere die Suche nach empirischem Material zu Aussiedlern schwierig gestaltet, da diese auf Grund ihrer Registrierung als deutsche Staatsbürger meist nicht gesondert aufgeführt werden (Wittig et al.

2004). Neben den oben genannten statistischen Angaben zum Anteil der Aussiedler unter den Drogentoten weisen aber auch die zunehmende Anzahl von Berichten aus Suchthilfeeinrichtungen, Migrationsdiensten und Jugendnotdiensten sowie die steigende Zahl der Fachtagungen und Fortbildungen zum Thema „Migration und Sucht“ auf eine sich zuspitzende Situation hin (Czycholl 1998a, Giest-Warsewa 1998). Salman (1999: 11) geht – nach Hinzuziehung von offiziellen Polizeidaten sowie Angaben von Fachkräften – in Ballungszentren von einem Anteil der Drogenkonsumenten ausländischer Herkunft von 20% aus, was in etwa dem Anteil in der Bevölkerung entspricht, allerdings bei steigender Tendenz. Czycholl (1999b: 224) weist darauf hin, dass die Bevölkerungsgruppe der Aussiedler eine Gruppe sei, „*die genau wie andere Migrantengruppen*“ bezüglich ihres Risikos, an einer Abhängigkeitserkrankung zu erkranken, zu betrachten ist; er geht davon aus, dass Faktoren wie die „*allgemeine soziale Situation, Arbeitslosigkeit und migrationsbedingte Belastungen*“ darauf hindeuten, „*es könne verhältnismäßig mehr Fälle von behandlungsbedürftigen Abhängigkeitserkrankungen in der Gruppe der ausländischen Versicherten geben*“ (Czycholl 1999a: 147). Selbst ohne die Berücksichtigung dieser Risikofaktoren kommt Czycholl durch die Übertragung der Rate von drei bis fünf Prozent Abhängigkeitskranken auf die beträchtliche Zahl von 75.000 bis 125.000 behandlungsbedürftigen suchtmittelabhängigen Aussiedlern (Czycholl 1998b: 44). Herrmann und Schwantes (2002: 136) stellen fest, dass Alkoholabhängigkeit ein „*eindeutiger Schwerpunkt im Suchtverhalten von Deutschen und von Migranten aus dem mittel-/osteuropäischen sowie südosteuropäischen Raum*“ ist.

In einer in Nordrhein-Westfalen durchgeführten empirischen Studie von Strobl und Kühnel (2000: 153ff) stellten die Autoren dagegen fest, dass Aussiedlerjugendliche beim Konsum illegaler Drogen signifikant niedrigere Werte als einheimische Deutsche aufwiesen. Des Weiteren stellten sie einen signifikant höheren Alkoholkonsum der einheimischen Deutschen im Vergleich zu den Aussiedlern fest (ebd.: 171).

Anders als bei Strobl und Kühnel (ebd.) zeigte sich in einer von Boos-Nünning 2002 durchgeführten Studie, dass sich Aussiedler und einheimisch deutsche Jugendliche in ihren Konsummustern sehr ähnlich waren. Immerhin schienen in beiden Arbeiten die Aussiedler in ihren Konsummustern zumindest nicht auffälliger zu sein und zum Teil sogar weniger zu konsumieren als die einheimischen Deutschen (Boos-Nünning 2002: 218).

Bemerkt werden muss jedoch, dass die empirische Sozialforschung bei der Erfassung von sozial unerwünschtem Verhalten, wie beispielsweise Alkohol- oder Drogenkonsum, starke

Schwierigkeiten hat. Es gibt nur wenige Verfahren, sich der Erfassung einer Dunkelziffer zu nähern und diese, wie beispielsweise eine Opferbefragung zur Erfassung von Gewaltverbrechen, eignen sich nur selten zur Erfassung der Prävalenz im Bereich der Suchtproblematik. Doch gerade in diesem Bereich ist davon auszugehen, dass der Dunkelziffer eine besondere Bedeutung zugemessen werden muss (vgl. Czycholl 1998b: 44). Des Weiteren ist bei der Interpretation von Ergebnissen aus empirischen Erhebungen die Möglichkeit einer „Pseudoanpassung“ als Selbstschutz mit der Folge einer Antworttendenz im Sinne sozialer Erwünschtheit (vgl. Braun 1998) zu berücksichtigen.

Trotz dieser Diskussionen und Differenzen sollte das Suchthilfesystem in Deutschland dahingehend überprüft werden, ob es den besonderen Herausforderungen der Betreuung von Migranten gerecht wird, selbst wenn es sich herausstellen sollte, dass Migranten weniger häufig betroffen sind als einheimische Deutsche.

1.4 Zugangsbarrieren zum Suchthilfesystem

Angesichts des Forschungsstandes zur Migrationsproblematik, insbesondere der psychosozialen Gesundheitsversorgung, drängt sich die Frage auf, in wieweit es Migranten möglich ist, vorhandene Suchthilfeinstitutionen in Anspruch zu nehmen. Es ist davon auszugehen, dass diverse Zugangsbarrieren zu einer verminderten Inanspruchnahme des hiesigen Suchthilfesystems durch Migranten führen (z.B. Czycholl 1999, 2002; Penka 2004; Barth 2002; Gaitanides 1998: 63ff; Collatz 2001; Grüsser und Becker 1999; Grüsser et al. 2005; Hunner et al. 2001; Herrmann und Schwantes 2002: 105f, 138). Zugangsbarrieren bestehen sowohl aus gesellschaftsschichtspezifischen Barrieren als auch aus Barrieren migrationsspezifischer Art (Domenig 2001), die in der Fachliteratur diskutiert wurden.

Neben sprachlichen Barrieren und Barrieren kommunikativer Art hebt Czycholl (1999b: 224f) insbesondere Unkenntnis des deutschen Systems und Misstrauen gegenüber staatlichen Institutionen hervor: *„So ist in der Gruppe der Aussiedler mit besonderen Vorbehalten gegenüber einer wie auch immer gearteten Präventionsveranstaltung zu rechnen, da eine solche Veranstaltung möglicherweise als eine offizielle, staatliche Aktion verstanden wird und als solche aufgrund einschlägiger Erfahrungen mit dem totalitären politischen System im Herkunftsland abgelehnt wird. Die Denk- und Arbeitsweise der hiesigen psychosozialen Dienste ist Aussiedlern überdies oft fremd und unverständlich“*.

Barth (2002: 26ff) verweist neben Informationsdefiziten ebenfalls auf die Sprachbarriere, die

seiner Ansicht nach zwei Aspekte beinhaltet. Zum einen die reine Verständigungsmöglichkeit in der deutschen Sprache, zum anderen jedoch auch darüber hinausgehende Kommunikationsprobleme, die eintreten, auch *„wenn die Migranten über gute deutsche alltagssprachliche Fähigkeiten verfügen.“* Seiner Ansicht nach verführen die guten umgangssprachlichen Deutschkenntnisse der Migranten die Berater dazu, die eigenen gewohnten Kommunikationsmuster anzuwenden, ohne die – in Gesprächen mit weniger gut deutsch sprechenden Migranten übliche – besondere Berücksichtigung der erschwerten Verständigung. So entstehen paradoxerweise gerade bei relativ guten Deutschkenntnissen des Betroffenen *„Missverständnisse und Kommunikationsbrüche“* (Barth 2002: 27).

Osterloh (2002) hebt wie Czycholl hervor, dass das Misstrauen gegenüber dem deutschen Hilffssystem groß sei, da es mit Behörden und Ämtern gleichgesetzt würde und *„allgemein gültige Standards für eine (westliche) Drogenhilfeeinrichtung wie die Möglichkeit einer anonymen und kostenfreien Beratung, Schweigepflicht der Mitarbeiter/ -innen, Zeugnisverweigerungsrecht usw.“* dem Betroffenen in der Regel nicht bekannt seien. In der Sowjetunion habe es ein vergleichbares Drogenhilffsystem nicht gegeben. Eine weitere Zugangsbarriere stelle die Angst der Betroffenen dar, da Drogenabhängige in ihren Herkunftsländern *„als ‘Asoziale’ inhaftiert oder in Psychiatrien verwahrt wurden“* (Osterloh 2002: 51).

Collatz (2001: 58) sieht *„die einschneidendsten Barrieren, welche die Inanspruchnahme psychotherapeutischer Maßnahmen regulieren“* in der *„Therapeut-Klient-Rollenkonstellation“*, da *„die für den Heilungserfolg notwendige Compliance nur durch ein verständnisvolles Bündnis hergestellt werden“* könne. Dies sei jedoch dadurch erschwert, dass zwischen den Rollenbildern und Erwartungen *„der überwiegend aus autochthonen mittleren Bildungs- und Einkommensschichten stammenden Ärzte und Ärztinnen einerseits und denen ihrer Migranten-Patienten andererseits“* meist dramatische Unterschiede lägen. Im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung sei diese Problematik noch dadurch verschärft, dass *„Sprach- und Kulturbarrieren auftauchen, die vielfältige Missverständnisse und Störungen“* verursachen könnten. Denn *„Diagnostik und Einschätzung der Schwere der Erkrankungen sowie ätiologische Vorstellungen“* seien zwischen Ärzten und zugewanderten Patienten häufig außerordentlich unterschiedlich.

Gaitanides befasste sich 1998 (63 ff) ausführlich mit den Zugangsbarrieren zum Suchthilffsystem für Migranten, und als einer der wenigen formulierte er darüber hinaus auch

Barrieren auf Seiten der Mitarbeiter des Suchthilfesystems. Zusammengefasst befand er folgende Punkte als ausschlaggebend für die geringere Inanspruchnahme der Hilfsdienste durch Migranten:

- Unkenntnis des Beratungs- und Hilfesystems,
- Misstrauen und Angst vor juristischen Konsequenzen,
- fehlende Anspruchsberechtigungen zum Bezug von Leistungen bei Migranten mit ungesichertem Aufenthaltsstatus,
- das Heimatland als alternatives Therapieangebot (zeitweiser Aufenthalt des Betroffenen im Herkunftsland als Lösung des Problems),
- die Senkung der Therapiebereitschaft durch extrem schlechte soziale Chancen,
- Missverstehen durch ethnozentrische Fehldeutungen,
- Unterstellung von Vorurteilen und mangelhafter Parteilichkeit (durch zuvor erlebte Diskriminierung und Ausgrenzung),
- Ressentiments gegen verbale Methoden – insbesondere gegen selbstreflexive psychologische Verfahren (diese würden oft als bloßes „herumlabern“ empfunden während die Betroffenen konkrete lebenspraktische Hilfen und direktive Ratschläge erwarten),
- ethnozentrisches, mittelschichtorientiertes Beratungs- und Therapiesetting,
- Abwehr von Klienten wegen des Rassismus der Mehrheitsgesellschaft,
- Abwehr von Klienten, die überdurchschnittlich viel Arbeit machen.

Penka (2004) untersuchte die Frage der Zugangsbarrieren mit einem Ansatz, der kulturell unterschiedliche Erklärungsmodelle von Abhängigkeitserkrankungen erfasst. Diese erschweren, wie von den zuvor genannten Autoren erwähnt, die Kommunikation zwischen den meist deutschen Suchthelfern und den Patienten mit Migrationshintergrund. Die Untersuchung von Penka wird im folgenden Kapitel nach der Vorstellung des Konzepts der „Erklärungsmodelle“ von Kleinman detaillierter präsentiert.

1.5 Das Konzept der „Erklärungsmodelle“ von Arthur Kleinman

Schon seit den achtziger Jahren werden zunehmend sozio-anthropologische Methoden empfohlen, um unterschiedliches Krankheitserleben und -verhalten zu erklären. Besonders bedeutsam ist dabei das Konzept der „Erklärungsmodelle“ von Arthur Kleinman (1980). Er beobachtete, dass eine Krankheit in unterschiedlichen Kulturen verschieden erlebt und verstanden werden kann. Je nach kulturellem Kontext werden einige Symptome besonders deutlich empfunden, andere wiederum gar nicht wahrgenommen. Diese unterschiedlichen Ausprägungen kommen vor allem durch vorhandene oder nicht vorhandene gesellschaftliche Akzeptanz der Symptome zustande. So wird durch das jeweilige kulturelle Verständnis der

Entstehungsbedingungen, der Symptome, der Pathophysiologie, der erwarteten Verläufe und der anerkannten Behandlungsmöglichkeiten ein „Erklärungsmodell“ für die jeweilige Krankheit gebildet (Kleinman 1980, 1988). Kleinman (1986) legte dies in einer in China durchgeführten Studie dar. Er stellte fest, dass in China in der Regel bei den Symptomen Nervosität, Kopfschmerzen, Mattigkeit und Schwindel die Diagnose Neurasthenie gestellt wurde, welche somit dort die am häufigsten diagnostizierte psychiatrische Erkrankung darstellte. Obwohl von hundert Patienten, bei denen eine Neurasthenie diagnostiziert wurde, 93 ebenso die DSM III-Kriterien für eine Depression erfüllten, wurde diese nur selten diagnostiziert. Er erklärte dies damit, dass – während somatische Symptome in China auf ein geringeres Maß an persönlicher Verantwortung hindeuten – psychische Störungen stigmatisiert werden und die Klage der Betroffenen über depressive Verstimmungen auf Abwehr stößt.

Erklärungsmodelle sind zwar individuell unterschiedlich ausgestaltet, weisen jedoch wichtige Gemeinsamkeiten bei Menschen aus bestimmten gesellschaftlichen Gruppierungen auf. Die Erklärungsmodelle einer Person können dabei wechseln oder trotz gegenteiligen Inhalts simultan bestehen. Je nach Situation wird in diesem Fall auf eines dieser Erklärungsmodelle zurückgegriffen (Williams und Healy 2001).

Durch das Wissen über unterschiedliche Erklärungsmodelle und die daraus resultierenden Interpretations- und Verhaltensweisen kann versucht werden, Hilfsangebote, Präventivmaßnahmen und Therapievorschlüsse entsprechend auszurichten. Toleranz und Verständnis für die Erklärungsmodelle der Patienten können helfen, Interaktion mit therapeutischem Personal, Coping und Zufriedenheit der Patienten zu verbessern (Bhui und Bhugra 2002; Lloyd et al. 1998; Weiss 1997; Foulks et al. 1986; McCabe und Priebe 2004a; Yamamoto et al. 1984; v. Ferber et al. 2003).

Krause beschrieb (2001: 89f) in einem treffenden Beispiel, warum es wichtig sei, über die kulturellen Hintergründe und Erklärungsmodelle eines Patienten informiert zu sein: *„Man stelle sich nur vor, was geschehen würde, wenn man in der Sprechstunde des Hausarztes klagte, man sei von einem Geist besessen. In Großbritannien und Dänemark ebenso wie in Deutschland wäre dies eine Sprache, mit der sich die meisten Hausärzte schwer tun würden. Höchstwahrscheinlich würden sie die geschilderten Beschwerden in ihre eigene Sprache übersetzen und die Diagnose würde unter Umständen ‘Schizophrenie’ oder ‘Psychose’ lauten“*. Dagegen gelten beispielsweise bei der sizilianischen Bevölkerung laut Böker und Risso (1964) Verhexung, Geistererscheinungen und Besessenheit als erwägenswerte Ereignisse, die nicht etwa eine

befremdete Distanzierung der Bezugspersonen bewirkt, sondern deren Zuwendung und Unterstützung aktiviert. Auch Haasen et al. (2000) betonen, dass bei der diagnostischen Beurteilung dem kulturellen Kontext der Patienten eine wichtige Rolle zukommt, da dieser zum Beispiel in Betracht gezogen werden muss, um Gedankengänge als gestört oder wahnhaft einschätzen zu können. Andernfalls könnten Fehldiagnosen die Folge sein. Penka (2004) untersuchte die Rolle kulturell unterschiedlicher Erklärungsmodelle für abhängiges Verhalten als Zugangsbarriere zum Suchthilfesystem für türkische Migranten. 104 deutsche und türkische Jugendliche wurden gebeten, in einem „Free Listing“ zu notieren, was sie mit Sucht assoziieren. Die 71 häufigsten Nennungen wurden auf Karten notiert und von 40 Jugendlichen (20 davon türkischer und 20 deutscher Herkunft) im Pile Sort Verfahren nach Zugehörigkeit („was passt zusammen?“) sortiert. So entstand eine Karte semantisch mehr oder weniger eng verwandter Begriffe. Die auf die Thematik bezogenen irrelevanten Begriffe konnten aussortiert werden. Neben vielen Gemeinsamkeiten kristallisierten sich einige Diskrepanzen zwischen den Erklärungsmodellen für Sucht von einheimischen und türkischen Jugendlichen heraus. So wurden beispielsweise von mehr als einem Drittel der türkischen Jugendlichen die Begriffe „körperliche Abhängigkeit“, „ohne Hilfe nicht wegkommen“ und „nicht ohne leben können“, die zu den zentralen Konzepten des hiesigen medizinischen Abhängigkeitsbegriffs gezählt werden und nur von einem verschwindend geringen Anteil der Deutschen aussortiert wurden, als suchtirrelevant eingeschätzt. Dies spricht für ein Gefühl der Kontrollfähigkeit im Umgang mit Suchtstoffen und bietet möglicherweise eine Erklärung für die geringere Inanspruchnahme von Suchthilfeeinrichtungen bei türkischen Jugendlichen. Darüber hinaus werden gerade diese Begriffe, die von türkischen Jugendlichen häufig als unbrauchbar abgelehnt wurden, vielfach in gängigen Informationsbroschüren und anderen Präventionsmaßnahmen verwendet. So wird beispielsweise deutlich, dass eine reine Übersetzung von Aufklärungsmaterialien wenig Sinn macht, da die verwendeten Begriffe die Zielgruppe nicht erreichen (Penka et al. 2003; Penka 2004).

Auch in Hinblick auf Migranten aus der ehemaligen Sowjetunion stellt sich die Frage, ob differierende Erklärungsmodelle einen unterschiedlichen Umgang mit Abhängigkeitserkrankungen bewirken. Da gesellschaftliche und kulturelle Gegebenheiten die Entstehung von Erklärungsmodellen wesentlich beeinflussen, ist es von besonderer Wichtigkeit, die Situation in den Herkunftsländern der zu untersuchenden Migrantengruppe bezüglich des Umgangs mit Abhängigkeitserkrankungen zu betrachten.

1.6 Psychiatrie und Alkoholabhängigkeit in der Sowjetunion

Die Geschichte der Psychiatrie in der Sowjetunion war lange Zeit geprägt von ihrer Funktionalisierung als politisches Werkzeug. Psychisch Kranke wurden Jahrzehnte lang als unheilbar und unproduktiv betrachtet, als teures Ärgernis, dessen Behandlung außer Sichtweite und mit möglichst wenig Ausgaben zu Lasten des Staates durchzuführen sei. Psychiater wurden dahingehend ausgebildet, dass von der Norm abweichendes Verhalten als Symptom für Geisteskrankheit zu betrachten sei. Dissidenten wurden somit als geisteskrank bezeichnet und auf unbestimmte Zeit in psychiatrischen Institutionen behandelt, mit dem Ziel, sie dazu zu bringen, ihre Ansichten zu widerrufen (Reddaway 1991).

In einer 1990 in Moskau durchgeführten Studie war jeder zweite der Moskauer Einwohner der Ansicht, dass eine Psychiatrische Klinik ein Ort sei, an dem sich Kriminelle vor juristischer Verfolgung verstecken, ein Ort, wo Andersdenkende weggeschlossen werden und dass eine psychiatrische Klinik eher ein Gefängnis als ein Krankenhaus sei. Jeder dritte nannte eine Psychiatrische Klinik einen Ort, an dem gesunde Menschen zu Krüppeln gemacht würden. Die bestrafenden Funktionen der Psychiatrie waren so stark im Bewusstsein der Bevölkerung verankert, dass Menschen selten freiwillig eine Psychiatrische Klinik aufsuchen würden (Salina 1991).

Während der kommunistischen Ära wurde Drogenabhängigkeit in der Sowjetunion als eine Manifestation des degenerierten westlichen Lebensstils betrachtet und damit nicht als ein Problem des eigenen Landes. Auch bei starkem Alkoholkonsum und Alkoholmissbrauch wurde entschlossen behauptet, dies seien historische Produkte der bourgeois-kapitalistischen Institutionen; sie würden als solche in einer „klassenfreien“ Gesellschaft umgehend verschwinden (Fleming et al. 2001; Treml 1997).

Weiterhin stellt Treml (1997: 221) fest: *“The responsibility of medical institutions was confined to treatment of the worst clinical cases of alcoholism (...)”*. In den siebziger Jahren entwickelte sich die Fachrichtung „Narkologie“ für die Studie von Alkohol-, Drogen- und Tabakabhängigkeit. Behandlungseinrichtungen waren medizinisch orientiert. Traditionell erwarteten Patienten eine Heilung allein durch die Ärzte; die Vorstellung, eine persönliche Verantwortung für die eigene Gesundheit und ihre Wiederherstellung zu tragen, war weitgehend unbekannt (Fleming et al. 2001).

Mehrfach wird von der Existenz regelrecht zuchthausartiger Arbeitslager für Alkoholabhängige

berichtet. So stellt White (1996: 155) eine Reihe von Berichten über derartige Einrichtungen zusammen: “*Fenced off from daily life not only by barbed wire but also by a skilfully fashioned curtain of secrecy*’, *Izvestiya reported in 1988, ‘those rehabilitation centres became just like detention camps, with a rigid regime and minimal rights for their inmates*’. As another correspondent pointed out, *the rehabilitation centres were based upon a ‘complex pass system akin to that of corrective labour institutions*’. There was a *‘constant surveillance; a uniform; a strict regime; a limited number of visits; barbed wire; (and) guards, although without weapons*’. (...) *‘It was a strange kind of hospital*’, wrote *Soveskaya Rossiya, that was ‘enclosed by barbed wire, with guards all around and where patients are treated by people with epaulettes’*”.

Zur Behandlung von Alkoholabhängigkeit wurden vielfach auf Aversion basierende Verfahren angewendet. 1964 beschreibt Lustig die Behandlung mit Apomorphin als eine der klassischen aversiven Methoden wie folgt: „*In einem den Trinkgewohnheiten des Kranken möglichst angepassten Milieu kommt die gewöhnliche Schnapsflasche auf den Tisch, danach wird 0,25 bis 0,5 ccm einprozentige Apomorphinlösung injiziert. Um die Reaktion zu verstärken, wird die Mundhöhle mit Alkoholspray benetzt und vor Beginn der Brechreaktion 150 g Wodka verabreicht. Die Kranken werden dabei angeregt, sich an ihre früheren alkoholischen Gewohnheiten, Trinksprüche, Lieder usw. zu erinnern. (...) Das Ganze wird möglichst oft, bis zu sechsmal in der Woche, zumeist gruppenweise durchgeführt. Ein brechfreudiger ‘Kamerad’, dem es schon zu Beginn der Prozedur übel wird, erleichtert das Kollektiverbrechen*“ (Lustig 1964: 65).

Des Weiteren berichtet Lustig (1964: 73) auch über die Durchführung von psychotherapeutischen Gesprächen, wobei dem Patienten vor allem verdeutlicht werden sollte, „*dass die Trunksucht ihn zu einem moralischen und körperlichen Untergang führt, dass er durch das vertrunkene Geld seine Frau und Kinder um die elementarsten Rechte bestiehlt, dass er die Arbeitsdisziplin und die Prinzipien der sowjetischen Gesellschaft verletzt.*“ In Gruppengesprächen würden ferner „*Tonbandaufnahmen eigener Rauschzustände*“ vorgeführt, um „*den Sünder und die ganze Gruppe*“ zu beschämen.

Becker und Zeiler (1995) kommen nach dem Besuch in der psychiatrischen Universitätsabteilung in Iwanowo, einer Stadt 300 km nordöstlich von Moskau, zu dem Schluss: „*Living conditions in psychiatric hospitals are still quite poor. (...) The wards are locked and have a capacity of 75 beds, (...) there were large observation rooms containing 15 beds, no bedside lockers or space provided for personal belongings and a dark corridor with a cramped*

living room. The majority of the patients were present in the ward, wearing pyjamas or hospital clothes” (ebd. 1995: 350). Über die ambulante Weiterversorgung der alkoholabhängigen Patienten berichteten sie, dass aversive Methoden vorherrschend seien. Ein Problem in der ambulanten Versorgung sehen sie darin, dass die so genannte „*dynamic supervision*“ alle Aspekte der medizinischen und sozialen Rehabilitation betreut und alle dafür notwendigen Informationen über den Patienten in einem „*Register*“ aufgelistet werden. „*In Russia stigmatisation is a serious problem for people with a psychiatric history (...). It is likely that information laid down in the ‘register’ is still easily accessible for state officials*” (ebd. 1995: 356).

Vielfach ist in Literatur und der allgemeinen öffentlichen Diskussion von einem besonders ausgeprägten Alkoholkonsum in der ehemaligen Sowjetunion die Rede (White 1996; McKee 1999; Heidebrecht 1998; Zinchenko 1994). Die tatsächlichen Ausmaße des Alkoholkonsums lassen sich auf Grund nur sehr spärlich vorhandenen Datenmaterials schwer abschätzen (Trembl 1997; McKee 1999). Im 19. Jahrhundert, als erstmalig mehr oder weniger verlässliche Statistiken verfügbar waren, wurde festgestellt, dass das Ausmaß des Alkoholkonsums niedriger war als in vielen anderen Ländern. Auffällig war jedoch die Beschaffenheit dieses Alkoholkonsums. 90% des konsumierten Alkohols wurde in Form von Wodka getrunken, eine viel höhere Ziffer als in anderen Ländern (McKee 1999). Ähnlich lassen sich auch die Daten der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (2003) deuten. Im Genuss von Spirituosen lag Russland zwar mit 5,5 l reinen Alkohols pro Kopf im Jahr 2000 an zweiter Stelle von 50 untersuchten Staaten, während Deutschland mit 1,9 l auf Platz 21 eingestuft wurde. Hinsichtlich des Bier- und Weinkonsums überstieg der pro Kopf Verbrauch Deutschlands aber den Russlands mit 125,5 l Bier (3. Platz) zu 36 l Bier (37. Platz) und 23,6 l Wein (15. Platz) zu 7,9l Wein (32. Platz).

Betrachtet man diese verschiedenen Informationen, scheint sich insgesamt ein Widerspruch im Verhältnis der Bevölkerung der Sowjetunion zu Alkoholkonsum aufzutun. Einerseits wird viel Alkohol, insbesondere Wodka, konsumiert. Der Konsum von Wodka wird nach vielerlei Berichten von Migranten und Wissenschaftlern mit positiven gesellschaftlichen Traditionen verbunden, er galt sogar gewissermaßen als „*Statussymbol*“. Andererseits wird Alkoholmissbrauch mit einer „*Behandlung*“ in gefängnisartigen Institutionen bestraft und ist stark mit Stigmatisierung und Ausgrenzung assoziiert (Heidebrecht 1998: 69; Braun 1998: 107; White 1996: 155). Auch dieser Widerspruch soll Forschungsgegenstand der vorliegenden Untersuchung sein.